

ÉCHELLE DE KATZ

<u>Demandeur</u>			
	Date d'appel :		
	Individuel / Groupe :		
	Nom du prestataire :	Prénom:	
<u>Patient</u>			
	NISS:		
	Nom:	Prénom :	
	Adresse :		
	CP / localité :		
	Scoring		
	Scoring: Laver Habiller Transfert Toilette Continence Manger Résultat: T2 T7 FA FB FC		
	Nom du prescripteur : N° INAMI :	Prénom :	
	Incontinence combinée: si seulement si 2 dans continence Démence: Démence		
	Nom prescripteur *:	Prénom :	
	N° INAMI :		
	Date de début :	Date de fin : Durée :	

Réception du mail

Date:

PS: pour calculer votre score, vous pouvez consulter notre site web www.soft33.eu, cliquez sur l'onglet « Documents »t et ensuite « Calcul Katz ». Vous pouvez également consulter la directive pour l'utilisation de l'échelle en cliquant sur l'onglet « Documents », ensuite « Réglementation » et enfin « Directive- utilisation de l'échelle de Katz ».